

УДК 61-378.14:61

**ТЕОРЕТИЧНІЙ МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БЕЗПЕРЕРВНОЇ  
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ*****В. М. Ждан, І. М. Скрипник, Г. М. Давиденко, А. В. Марченко****ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава***THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF CONTINUOUS  
POST-GRADUATE EDUCATION*****V. M. Zhdan, I. M. Skrypyk, H. M. Davydenko, A. V. Marchenko****HSEI «Ukrainian Medical Dental Academy», Poltava*

**Резюме.** Стаття присвячена теоретичним і методологічним аспектам безперервної післядипломної медичної освіти. В роботі розглянуті історичні питання післядипломної медичної освіти, структура післядипломної освіти, її етапність. Значна увага приділяється роздумам щодо необхідності безперервної медичної освіти, мотивації слухачів до післядипломного навчання. Розглядаються складові мотивації.

У статті розглянуті форми післядипломної освіти, окрема увага приділена сучасним методам – дистанційному навчанню. Вказані переваги та недоліки дистанційного навчання для різних етапів післядипломного навчання лікарів. Відзначена роль практичної підготовки лікарів на післядипломному етапі та наведені погляди щодо ролі державної політики у системі безперервної післядипломної медичної освіти.

**Summary.** The article is devoted to theoretical and methodological aspects of continuous post-graduate medical education. The historical issues of post-graduate medical education, the structure and stages of post-graduate education are examined. Considerable attention is given to reflections on the necessity of continuous medical education, motivation of students to post-graduate study. The components of motivation are considered.

The article examines the forms of post-graduate education; particular attention is given to modern methods – distance education. The article describes the advantages and disadvantages of distance learning for different stages of post-graduate education of physicians. The role of practical training of doctors at the post-graduate stage is emphasized; the views on the role of state policy in the system of continuous post-graduate medical education are represented.

**Вступ.** Сьогодні в Україні пріоритет належить доктрині безперервної післядипломної медичної освіти (БПМО) перед будь-якими іншими конкретними кроками з її реформування. Необхідно уточнити, що при цьому мається на увазі. Доктрина БПМО повинна представляти собою компактне, системно організоване викладення основних цілей, принципів і положень організації, функціонування і розвитку інституту медичної освіти. Постає логічне запитання: з яких положень необхідно виходити при створенні доктрини БПМО?

Перш за все, освіта взагалі – це провідний інститут розвитку суспільства і фактор національної безпеки. Саме освіта створює основу просування країни до моделі суспільства стабільного та стійкого розвитку. Будь-яка спроба відкинути традиції і зайнятися тільки нововведеннями, спочатку приречена на провал. Наш власний досвід останнього десятиліття – вельми повчальний і дещо негативний і сумний урок [3].

Не тільки в СРСР: у 1968 році у 42 країнах світу було 100 інститутів, які здійснювали післядипломну підготовку; вже у 1985 році – 54 країни мали в своєму розпорядженні 216 таких установ. На сьогодні в Україні післядипломну медичну підготовку проводять більше 20 установ. Традиційно освіта виступає в якості: провідного механізму соціокультурної і наукової спадкоємності; основи розвитку індивіду; форми життя людини в суспільстві, яке постійно змінюється; механізму відтворення науки і суспільного інтелекту; умов історичного здоров'я нації [4, 5].

Як і інші традиційні види діяльності, освітня – чітко структурована. У ній розрізняють початковий, середній і вищий ступені підготовки. Вища освіта орієнтована саме на ту групу людей, чий менталітет, знання і уміння визначають найвищі можливості суспільства, рівень і якість життя всіх його членів.

Завершення медичної освіти на стадії отримання диплома – це, на наш погляд, отримання інформації з певних питань, придбання обмежених практичних навичок. Можливо, в тих чи інших галузях медицини є професійні ніші, які можна заповнити випускниками медвузів, які закінчили інтернатуру, і немає необхідності продовжувати їх подальше навчання, але якщо мова йде не про навчання, а про освіту – безперервна післядипломна медична освіта лікарів повинна бути забезпечена достатньо жорсткими нормативними документами [1].

В світі діють і розвиваються різні цивілізації, культури, етноси і відповідно до них різні системи післядипломної освіти лікарів. Історично можна визначити дві основні системи – це найбільш жорстка

європейська модель, де держава несе відповідальність за безперервну освіту і забезпечення доступу до неї і більш ліберальна американська система, відповідно до якої освіта розглядалася як особиста справа громадянина [4]. Проте, сучасні загальноосвітні тенденції свідчать про те, що майбутнє належить європейській системі. Ми вважаємо, що вищі медичні навчальні заклади, акредитовані як відповідальні за підвищення кваліфікації медичних кадрів, повинні використовувати систематичні заходи освітнього характеру. Післядипломна медична освіта повинна спиратися на міждисциплінарний підхід до лікувального процесу, методику навчання, критичне використання даних досліджень, і нарешті, обов'язково враховувати потреби населення регіону.

Випускник вузу, як правило, "не дотягує" до рівня, досягнутого медичною наукою і практикою і вже не може бути носієм прогресу. Основною причиною деякого спаду розвитку медичних вузів є низька пізнавальна активність студентів, обумовлена в першу чергу недостатньою увагою і зацікавленістю викладача саме до цього студента, тобто відсутністю співпраці – викладач-студент.

Сьогодні, коли знання і нові технології стрімко оновлюються, коли за час навчання у вузі вони вже встигають застаріти, принциповий підхід до освіти, в основному, знайдений: учити вчитися; учити лікарів мисленню; учити творчості; вчити фундаментальним знанням, що дозволить протягом всього життя швидко опановувати конкретикою, яка постійно змінюється.

В результаті цього, в центрі уваги опинилася ідея безперервної післядипломної медичної освіти, заснована на багаторівневій структурованій системі. Шестирічна програма медвузів повинна служити відправним етапом для формування програми післядипломної освіти фахівців, проте при цьому потрібне принципово інше наповнення змісту освіти, модифікація навчальних планів, широке використання сучасних освітніх технологій [1].

**Основна частина.** Представляємо на ваш розсуд деякі погляди та роздуми на післядипломну освіту медичних кадрів.

Організація освіти має своє наукове обґрунтування, в ній діють свої закони і закономірності. Поступати всупереч ним, м'яко кажучи, бути недалекоглядним. Першочерговим кроком, на нашу думку, повинна бути розробка державних стандартів, покликаних забезпечити єдність освітнього простору, можливість безперервної освіти, академічну мобільність.

У програмах первинної спеціалізації – інтернатури, (магістратури, клінічної ординатури) в рамках БПМО повинні бути, як мінімум, дві складові: освітня і науково-дослідна. Перша передбачає разом із поглибленим вивченням професійних проблем, вивчення додаткових розділів фундаментальних наук, суміжних дисциплін, методологічних аспектів певної (відповідно до вибраної спеціальності) області знань. Що стосується змісту науково-дослідної складової, то вона повинна визначатися індивідуально.

Особливу думку хочемо висловити щодо клінічної ординатури. Перший погляд на клінічну ординатуру, на початку її запровадження, був як на систему навчання, донавчання, професійного вдосконалення, спрямованого на оновлення, розширення і актуалізацію вузькопрофесійної інформації. До клінічної ординатури зараховували обмежений контингент, в основному лікарів із практичним стажем роботи, які претендували на керівні посади у відділеннях за профілем клінічної ординатури. Обмеженість такого підходу, орієнтованого на вирішення чисто практичного завдання і недооцінюючого необхідність розвитку особистості того, хто навчається є очевидною. Проте, за час, який пройшов від запровадження клінічної ординатури, її сутність істотно не змінилась. Ми вважаємо, що необхідні зміни в підході до БПМО, згідно з якими післядипломна освіта повинна органічно поєднувати обов'язкову фундаментальну і вузькопрофесійну освіту, для чого необхідна інтеграція в навчальний процес фундаментальних і суміжних (близьких до вузької спеціальності) дисциплін.

Попредметна додипломна освіта традиційно сконструйована таким чином, що всі теоретичні дисципліни проходять на початку навчання, коли студенти ще не можуть зрозуміти їх значущості і місця в клініці. Тому слід всіляко стимулювати реалізацію трансдисциплінарних програм у післядипломному навчальному процесі: інакше кажучи, за підготовку, скажемо хірурга, відповідає і хірург; і клінічний патофізіолог; і фармаколог; і патологоанатом, і епідеміолог; і через все це червоною ниткою повинна проходити філософія медицини.

Крім фундаментальних дисциплін упродовж всього терміну навчання в процес підготовки фахівця інтегруються і суміжні (за фахом) дисципліни. Наприклад: за повноцінну підготовку хірурга відповідають також хірурги всіх профілів (дитячі, судинні, нейрохірурги, травматологи, урологи і т.д.); за підготовку педіатра – акушер-гінекологи, неонатологи, епідеміологи та інші.

Окрему думку хотілось би висловити щодо мотивації післядипломної освіти. Проблемам формування професійної мотивації навчального контингенту будь-якого рангу присвячено немало

робіт. Описано безліч чинників, які як позитивно, так і негативно впливають на розвиток відповідних мотивів; їх вплив на ефективність навчальної діяльності; пропонуються різні підходи; та мета одна: мотиву засвоєння нового повинен відповідати мотив відкриття нового; мотиву розвитку знань – мотив саморозвитку.

Мотивація тримається, як мінімум, на трьох складових: отримання нових знань (потреба людини); необхідність у нових знаннях з боку суспільства; попит ринку праці на нових фахівців.

“Мода” на спеціальності змінюється, і випускники медвузів реагують на цю тенденцію відповідним чином. Але попит на ринку праці не залежить від кількості підготовлених фахівців. В результаті у тих, що завершили навчання в інтернаті, стає все менше можливості знайти роботу за фахом. Вони залишаються незатребуваними. Це загальна тенденція. Але існує й приватна, яка визначається нашим менталітетом – “свій” і “чужий”, і перевага віддається “своєму”, нехай і гіршому, нехай не дуже гідному, зате “своєму”! Результат – відтік молодих, добре підготовлених фахівців, які інтелектуально вирости, творчо направлені, в ближнє і далеке зарубіжжя – це в кращому разі, і безробітне існування – в гіршому.

Існуюча до останнього часу система БПМО лікарів, або іншими словами їх удосконалення, була заснована на одноразовому проходженні циклів удосконалення. Ця система дозволяла лікарю претендувати на отримання (підтвердження) категорії, і або ліцензії. Також впродовж 5 років лікар міг пройти цикл тематичного удосконалення за фахом (156 або 78 годин). Такий цикл тематичного удосконалення був квінтесенцією актуальних питань спеціальності в цілому або її великих розділів, і таким чином, лікар відразу одноразово одержував значну інформацію. Маючи свої позитивні сторони, така система разом з цим більше не може задовольняти потреби як охорони здоров'я в цілому, так і кожного лікаря: система обмежує можливості безперервної післядипломної освіти, яка має на увазі різні варіанти перманентного підвищення кваліфікації лікарів; система обмежує права лікаря у виборі варіантів підвищення кваліфікації, оскільки інші форми, окрім 156 годинного циклу не враховувалися; система не враховує такі соціальні і фінансові умови, як тривалий відрив від роботи, відсутність стипендії, платність навчання і т.д.

На нашу думку, в сприянні БПМО повинні брати участь різні медичні організації: вищі медичні навчальні заклади, лікарні, наукові асоціації і товариства, колегії фахівців і науковців, вчені і спеціалізовані ради, міжнародні організації і бібліотеки. Це означає, що разом із вузами післядипломної освіти і факультетами БПМО забезпечується різними ієрархічними рівнями, зокрема, самим лікарем.

Для забезпечення БПМО в різних країнах запроваджена кредитна система контролю активності фахівців у області безперервної медичної освіти. З 2010 року і у нас в країні запроваджена бальна система атестації лікарів. Досвід роботи з цією системою бальної атестації за цей час вже виявив її переваги і недоліки. Шкала діяльності лікаря у міжатастаційний період, яка запропонована МОЗ України (наказ №484), є не досконалою і потребує перегляду, особливо в частині участі лікарів у різних видах науково-практичних конференцій. Є незаперечним той факт, що участь лікаря у різних конференціях є фінансово затратною і ці затрати неспівставні з бальною оцінкою. Необхідно переглянути деякі положення шкали діяльності і більше уваги приділити профілактичній, диспансерній роботі лікарів, врахувати їх суспільно-корисну роботу [2].

Після вище розглянутого постає питання: кого і як учить? В даний час більшість теоретиків і аналітиків освітнього процесу приймають принципи “андрагогіки”, які були сформульовані ще М. Knowles. Андрагогічна модель використовується для отримання нових знань дорослими людьми і забезпечується широкою мережею навчальних закладів. Як і раніше основними залишаються питання: чому навчати і як навчати? Але спочатку спробуємо розібратися, кого ми готуємо? Освіченого лікаря, який досяг певної майстерності в певній області, або ремісника, що знає “від цих пір до цих”?

Перший варіант – учить тільки тому, що може знадобитися в найближчі роки роботи з отриманої спеціальності з подальшим поповненням знань в ході різного роду удосконалень тільки зі свого фаху.

Другий варіант – дати лікареві ширші знання з безумовним заглибленням у свою спеціальність, із тим, щоб надалі він міг застосовувати ці знання навіть у тих випадках, коли щось недоотримав по своїй прямій спеціальності, а потім сам міг визначити, що йому потрібне для підвищення кваліфікації і із споживача інформації міг стати замовником знань.

Традиційна модель дипломного навчання базується на лекціях, семінарах, лабораторних роботах. У її основі – книга (лекція) і викладач як інтерпретатор знань. У післядипломній освіті функцію інтерпретації знань бере на себе той, хто вчиться.

Викладач відповідає за координацію навчального процесу, корекцію курсу, що вивчається; керує ходом виконання навчальних завдань, програм і іншим, тобто приймає на себе функцію супроводження професійного самовизначення.

Найбільш універсальна форма навчання – лекція. Чи потрібна вона післядипломній освіті? На наш погляд – безумовно. Чому? Вона несе дуже велике функціональне навантаження, дещо відмінне від такої в додипломній освіті: якщо в додипломній освіті це, в основному, повчальне (інформаційне), то в післядипломному переважає етичне (загальнолюдське і професійне), інтелектуальне (уміння і бажання мислити, уміння і бажання розширювати позапрофесійні знання), емоційне (установка бажання знати, мотивація). Відрізняються і інші форми навчання. Так, семінари в післядипломній освіті – це не просто узагальнення пройденого матеріалу. Це можуть бути: клінічна або клініко-анатомічна конференція, обхід, клінічний розбір випадку, обґрунтування лікування, теоретична дискусія або реферативний огляд сучасної літератури з проблеми, що вивчається. Основний принцип – педагог тільки координатор навчального процесу.

Для післядипломної освіти, мабуть, одним найбільш перспективним є контекстне навчання. Акцент у діяльності слухача зміщується з навчальної інформації на ситуацію практичної дії; навчальна інформація, стає орієнтовною основою і набуває статусу знання, яке відображає в його свідомості світ професії. Зміст контекстного навчання полягає в адекватних формах організації навчального процесу, а саме: власне навчальна (проблемні лекції, семінари, дискусії); квазіпрофесійна (ділова або ролева гра, аналіз конкретної ситуації і ін.); професійна клінічна практика з самостійним проведенням її в рамках науково-дослідної роботи.

Отже, післядипломна освіта – це не подолання огріхів додипломної освіти, а формування міждисциплінарного бачення явищ. У основі такого підходу лежать методологічні передумови: у змісті навчання наочний світ повинен бути представлений як цілісний, а не окремим відрізком; навчальний процес повинен будуватися не як передача інформації, а як свого роду проектування, уявне конструювання навколишнього світу і людини в ньому.

Та поряд із вищенаведеним, існують явні проблеми післядипломної освіти. Якість навчання і його контроль на рівні післядипломної освіти, набуває нового звучання. Йдеться не тільки про засвоєння сукупності професійних умінь і навичок, потрібних при виконанні своїх професійних обов'язків, але і про створення умов для розвитку творчого потенціалу індивіду. Якість освіти – це ступінь сформованості у того, хто навчається, цілісного світогляду лікаря і творчого мислення. Розробка методології і методики контролю якості в освіті вимагає відповіді на ряд запитань: що таке якість? Що таке контроль? Якість чого саме ми збираємося контролювати? Якими повинні бути методика і технологія контролю якості в освіті?

Багато аналітиків пропонують замкнутий цикл управління якістю, який розглядається як процедура розширення проблеми і може бути використаний як алгоритм: пошук проблеми (виявлення дефектів); спостереження (з'ясування суті проблеми); аналіз (виявлення головних причин); проведення заходів (дії по виявленню причин); перевірка (підтвердження ефективності дій); стандартизація (постійне ефективне усунення причин); закінчення роботи (оцінка дій і подальше планування роботи з управління якістю).

Проблема освітніх послуг дійсно існує. Способи реалізації її різні, але на сьогодні, коли обсяг і характер потрібних лікарю знань і умінь змінюється за час його діяльності не один раз і кардинально, постає питання про новий спосіб залучення широких мас лікарів до знань – це дистанційне навчання. Про переваги такого навчання можна і потрібно сперечатися, але не використовувати його в сучасних умовах – помилково. Безумовно, дистанційна освіта динамічна, економічно доступніша, інформаційно масштабніша, нарешті, просто необхідна людям і країнам із недостатнім фінансовим забезпеченням. Та є певні але... Особливу заклопотаність при цьому викликає:

- проблема збереження науковості і фундаментальності освіти на фоні прагнення запропонувати тим, хто навчається вузько-професійні програми;
- розширення знань в ширину, а не вглибину;
- менталітет нашої молодшої людини – закордоном учень просто не розуміє, як можна списати контрольну роботу або скористатися чужим матеріалом. Він вчиться тому, що йому: а) – цікаво, б) – необхідно підвищити свою ціну на ринку праці;
- електронні інформаційні технології ще не створили у нас середовище, придатне для дистанційної освіти.

За короткий термін суспільство з індустріального стало інформаційним і створене інформаційне глобальне середовище, заглиблення в яке стає доступним багатьом, дистанційне навчання повинне і у нашій країні зайняти гідне місце. Разом з тим, на наш погляд, дистанційне навчання для первинної



підготовки лікаря-спеціаліста (підготовка в інтернатурі) є досить небезпечним, тому що зменшує практичну підготовку, обмежує набуття лікарем навичок практичної роботи, а тому на етапі навчання в інтернатурі можуть використовуватись тільки певні елементи дистанційної освіти: зв'язок профільних кафедр із базами стажування, направлення певних видів документації за допомогою електронної пошти на бази стажування та лікарям-інтернам, участь лікарів-інтернів у онлайн-конференціях, лекціях, проведення комп'ютерного тестування з підготовки до складання ліцензованого іспиту «Крок 3.» та отримання результатів електронною поштою.

**Замість висновку.** Сьогодні, коли ми так захопилися вивченням передового досвіду за кордоном, не треба ідеалізувати стан освіти в розвинених країнах. Криза освіти, пов'язана з кризою людини, носить загальний характер. Більшість систем освіти цю кризову ситуацію усвідомлюють. Різні країни знаходяться на різних етапах розвитку, у різних системах різні історичні долі. І тому конкретні формулювання неможливі без урахування конкретних умов. Інакше кажучи, альтернативність повинна бути присутньою у внутрішньому житті вищого медичного навчального закладу, яка краще за все виражається в індивідуалізації навчання. Наука повинна пронизувати весь навчальний процес – організаційно, змістовно, методологічно і методично. Така організація навчального процесу руйнує межі між кафедрами і формує міждисциплінарні зв'язки, при цьому у фахівця виробляється системний погляд на свою спеціальність. Ми повинні так будувати програми на всіх рівнях (від спеціалізації до короткотривалих циклів підвищення кваліфікації) і для всіх спеціальностей, планувати для молодих спеціалістів такі наукові дослідження, щоб кожного дня і повсюдно утверджувати абсолютний пріоритет знань у житті людини. Наші лікарі повинні, врешті-решт, мати невикривлену шкалу людських цінностей і пріоритетів.

Шляхи розвитку системи БПМО лікарів поки що формують самі освітні структури (навчальні заклади), органи влади майже не беруть в цьому участі. Зрозуміло, ніхто не зменшує їх ролі в тактичному, оперативному управлінні освітою, йдеться про необхідність участі влади в розробці стратегії розвитку освіти. Освітня політика держави як область організаційних і регулятивно-контрольних відносин між ним і суспільством, між різними соціальними групами з питань освіти визначає її форми, тривалість, домінуючі функції і завдання, обсяги та зміст і, нарешті, цінності і пріоритети. При цьому держава приймає на себе зобов'язання, які, з одного боку, створюють системі освіти можливості для виконання місії, яка визначена політикою, а з іншого, – дозволяють самій державі вимагати від цієї системи рішення поставлених задач. По суті справи державна освітня політика повинна чітко визначати не тільки роль і місце освіти в житті суспільства, але і зобов'язання держави по відношенню до освіти, у тому числі і можливість надавати їй певні кредити, за які держава має право отримати звіт. Сама ж система освіти визначає для себе завдання і напрями розвитку саме з урахуванням державного замовлення.

#### Література

1. Ждан В.М., Скрипник І.М., Давиденко Г.М., Шарбенко Т.В. Інноваційні технології практичної підготовки лікаря в системі безперервної професійної освіти // Медична освіта. – Тернопіль, 2012. – №3 (додаток). – С. 60–63.
2. Ждан В.М., Скрипник І.М., Давиденко Г.М., Марченко А.В., Шилкіна Л.М. Впровадження бальної системи атестації лікарів на передатестаційних циклах: переваги і недоліки / Матеріали Всеукраїнської наукової навчально-методичної конференції. – Тернопіль, 2011. – С.447–448.
3. Ждан В.М., Воробйов С.О., Скрипник І.М., Марченко А.В., Давиденко Г.М. Післядипломна освіта в академії – від витоків до сьогодення // Проблеми екології та медицини. – Полтава, 2011. – Том 15, №3-4. – С.38–41.
4. Сохин А.А. Система подготовки врачебных кадров в Великобритании (обзор литературы и собственный опыт прохождения стажировки) // Сов. Здравоохранение. – 1989. – №12. – С. 54–58.
5. World Directory of Schools of Public Health and Postgraduate Training Programmes in Public Health., Geneva, 1985; ВОЗ, ежеквартальный обзор мировой статистики. – Женева, 1986. – т. 37, вып. 1, 2.